ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 24-6

Date de publication : 15 mars 1998

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 5)*

		Pagination officielle :
ÉCLOSION DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU EN NOUVELLE-ÉCOSSE	F-1	45-47
SOUCHE ÉPIDÉMIQUE DE *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE – ONTARIO	F-2	47-49
SURVEILLANCE DES VIRUS RESPIRATOIRES Projet ***FluWatch***, 1997-1998	F-3	49-51
AVIS	F-5	51-52

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

ÉCLOSION DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU EN NOUVELLE-ÉCOSSE

Introduction

Depuis les quatre dernières décennies, le rhumatisme articulaire aigu ne frappe plus guère les enfants en Amérique du Nord[1]. Il y avait plus de 15 ans qu'un cas de cette nature n'avait été observé au *IWK Grace Health Centre* de Halifax, en Nouvelle-Écosse. Et voilà qu'au cours des mois de juillet et août 1997, trois enfants atteints de rhumatisme articulaire aigu confirmé ou suspect par suite d'une infection par un streptocoque du groupe A ont été traités dans cet établissement. Vu la rareté de l'affection au pays aujourd'hui, nous avons jugé bon de faire état ici de nos récentes observations.

Rapports de cas

Cas nº 1 : Le 21 juillet 1997, une fillette de Truro, âgée de 10 ans, était conduite à l'urgence de l'hôpital local. L'enfant souffrait d'arthrite aiguë aux deux genoux et aux chevilles, et présentait en outre une tachycardie et un souffle systolique. L'électrocardiogramme (ECG) a révélé un allongement de l'intervalle de régurgitation pulmonaire (RP); l'échocardiogramme a confirmé une insuffisance mitrale et aortique. La fillette avait eu, 6 semaines plus tôt, un bref épisode fébrile accompagné de douleurs abdominales, et présentait, 3 semaines plus tard, des symptômes des voies respiratoires supérieures. Deux semaines avant sa visite à l'urgence, soit le 6 juillet, elle avait été hospitalisée pour une arthrite à la première articulation métacarpo-phalangienne droite. L'hémoculture effectuée à l'époque avait révélé la présence de *Staphylococcus hominis*. L'enfant a été traitée avec un antibiotique antistaphylococcique par voie intraveineuse et orale, sur la foi d'un diagnostic de présomption d'arthrite aiguë suppurée. Elle a par la suite souffert d'une arthrite migratrice intéressant les deux genoux, les chevilles et le pied droit, et a été hospitalisée de nouveau au *IWK Grace Health Centre* pour que l'on puisse faire une évaluation plus poussée de son problème.

L'examen a révélé une élévation significative de la vitesse de sédimentation globulaire (VS) (119 mm/h) et des titres d'antistreptolysine O (ASO) (600 UI/mL, normale < 200) et d'antidésoxyribonucléase B (DNaseB) (1/680, normale < 1/170). La culture de gorge a donné des résultats négatifs pour les streptocoques. En se fondant sur les critères cliniques et de laboratoire, on a posé un diagnostic de rhumatisme articulaire aigu accompagné de cardite. Un traitement à l'aspirine a été amorcé, et l'arthrite a considérablement diminué dans les 24 heures suivantes. Un mois plus tard, la VS et les titres d'ASO et d'anti-DNaseB de la patiente avaient progressivement baissé, mais l'échocardiogramme révélait toujours la présence d'une insuffisance mitrale et aortique.

Cas nº 2 : Une fillette de Stewiacke, âgée de 6 ans, a souffert d'une angine intermittente vers le milieu de juillet 1997. Le 27 du même mois, elle présentait un rash que son médecin a attribué à la scarlatine. Elle a été traitée pendant 10 jours à l'érythromycine. Le 29, elle s'est plainte d'une douleur à l'aine gauche. Elle a développé par la suite une douleur migratrice à la hanche et au genou gauches, douleur assez sévère pour l'empêcher de marcher. Le 5 août, elle était conduite à l'urgence du *IWK Grace Health Centre* pour une desquamation des mains et des pieds. Un traitement à l'aspirine a été amorcé, et la douleur articulaire s'est rapidement estompée. Les analyses de sang ont révélé une élévation de la VS (35 mm/h) et du titre d'anticorps anti-DNaseB (1/680), mais le titre d'ASO était normal. Le 12 août, la fillette revenait à l'urgence à cause d'une desquamation récurrente. De nouvelles analyses de sang ont révélé une élévation encore plus prononcée de la VS (62 mm/h) et du titre d'anti-DNaseB (1/1 360); quant au titre d'ASO, il était passé de < 200 UI/L à 400 UI/L. La fillette présentait un souffle d'éjection systolique doux. L'ECG et l'échocardiogramme étaient par ailleurs normaux.

Cas nº 3 : Une jeune fille de Yarmouth, âgée de 15 ans, a souffert d'une amygdalite accompagnée d'angine, de fièvre et de vomissements le 8 juillet 1997. Après un traitement de 10 jours à la pénicilline, son état s'est amélioré. Environ 3 semaines plus tard, elle était conduite à l'urgence de l'hôpital local à cause de douleurs aux poignets et aux genoux. On a noté qu'elle était fiévreuse, et

une culture de gorge a révélé la présence de streptocoques du groupe A. Elle a reçu de la pénicilline par voie orale. Les jours suivants, elle a présenté une arthralgie et une arthrite migratrices intéressant d'autres articulations (épaules, coudes, poignets et pieds). Le 5 août, elle était examinée au *IWK Grace Health Centre* pour des douleurs articulaires. Une scintigraphie osseuse a révélé la présence d'une synovite de plusieurs grosses et petites articulations. Un traitement avec un anti-inflammatoire non stéroïdien per os a été amorcé et, 24 heures plus tard, ses symptômes articulaires avaient diminué. L'examen a révélé la présence d'une VS élevée (65 mm/h), et de titres élevés d'ASO (> 1 000 UI/mL) et d'anti-DNaseB (1/680). L'ECG et l'échocardiogramme étaient par ailleurs normaux.

Analyse

Le rhumatisme articulaire aigu est une maladie fébrile générale intéressant les tissus conjonctifs du coeur et des articulations. L'affection est rare aujourd'hui au Canada. La définition de cas du rhumatisme articulaire aigu commande la présence de deux signes majeurs sur cinq (cardite, polyarthrite migratrice, chorée, érythème marginé et nodosités sous-cutanées) et d'un signe mineur (fièvre, arthralgie, antécédents de fièvre rhumatismale, accélération de la VS ou élévation du taux de protéine C réactive, et allongement de l'intervalle RP) chez un sujet ayant présenté récemment une infection à streptocoques documentée et chez qui aucune autre explication ne peut être donnée aux symptômes. La présence d'un signe majeur et de deux signes mineurs évoque également un cas de rhumatisme articulaire. C'est la première fois depuis plus de 15 ans que l'on observe des cas de rhumatisme articulaire aigu chez des enfants en Nouvelle-Écosse. Les deux premières patientes venaient de la même région, mais n'étaient pas parentes et n'avaient pas été en contact l'une avec l'autre. La troisième venait de Yarmouth, une ville située à 300 kilomètres au sud-ouest de la région d'origine des deux autres.

Vu sa rareté, le rhumatisme articulaire aigu risque de ne pas être diagnostiqué[2]. Les déclarations périodiques d'éclosions devraient toutefois aider les médecins à envisager ce diagnostic[3]. Lorsqu'un rash ou des symptômes d'arthrite apparaissent après une pharyngite d'origine streptococcique ou une scarlatine, le médecin devrait envisager la possibilité d'un rhumatisme articulaire aigu et pousser plus loin son examen. Les examens visant à corroborer le diagnostic devraient inclure une culture de gorge pour les streptocoques du groupe A et des tests sérologiques pour confirmer une infection récente à streptocoques. La VS est souvent très élevée, sans commune mesure avec la sévérité de l'infection à streptocoques. L'ECG et l'echocardiogramme sont importants pour confirmer la présence ou l'absence d'une cardite. Le traitement avec un anti-inflammatoire non stéroïdien, comme l'aspirine, se traduit généralement par une diminution rapide de l'arthrite. Il importe de poursuivre une prophylaxie à long terme à la pénicilline pour prévenir les rechutes de rhumatisme articulaire aigu et de cardite. Le médicament de prédilection est la pénicilline benzathine, à raison de 0,6 à 1,2 million d'unités administrées une fois toutes les 3 semaines.

Références

1. Denny FW, Jr. *A 45-year perspective on the streptococcus and rheumatic fever: the Edward H. Kass lecture on infection disease history*. Clin Infect Dis 1994;19:1110-22.
2. Chan AW, Webb G, Vellend H et coll. *Delayed diagnosis of acute rheumatic fever in adults: a forgotten cause of febrile polyarthritis*. J Rheumatol 1996;23:1999-2001.
3. Veasy LG, Weidmeier SE, Osmond GS et coll. *Resurgence of acute rheumatic fever in the intermountain area of the United States*. N Engl J Med 1987;316:421-27.

Source : *D^r D Wong, D^r R Bortolussi, D^r B Lang, Department of Pediatrics, IWK Grace Health Centre, Halifax (N.-É).*

SOUCHE ÉPIDÉMIQUE DE *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE – ONTARIO

Selon plusieurs rapports récents, la prévalence de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) dans les établissements de santé en Ontario a augmenté considérablement au cours des dernières années[1-4]. Ces rapports laissent également entendre que cette augmentation serait surtout attribuable à la propagation d'une seule souche de SARM. Depuis 1994, des hôpitaux et d'autres établissements dans toute la province ont expédié au Laboratoire central de santé publique, à Toronto, un nombre sans cesse croissant d'isolats de *S. aureus* identifiés comme étant résistants à la méthicilline. Le nombre d'isolats de SARM analysés par le laboratoire est passé de 247 en 1994 à 354 en 1995, ce qui représente une hausse de 43 % pour cette période. En 1996, 1 418 isolats de SARM ont été analysés, soit quatre fois plus que l'année précédente.

Le nombre d'isolats de SARM appartenant au lysotype (PT) 95 a crû de façon importante entre 1994 et 1996 (tableau 1). En 1994, les isolats PT 95 ne représentaient que 3 % de l'ensemble des isolats de SARM typés au laboratoire. En 1995, cette proportion est grimpée à 19 %. En 1996, 565 isolats ont été caractérisés comme appartenant au lysotype PT 95 (40 %). Cette augmentation rapide de la proportion d'isolats de SARM PT 95 s'est réflétée dans le nombre croissant d'hôpitaux ayant signalé des infections par ce type d'organismes entre 1994 et 1996 (tableau 1). En 1994, seuls trois hôpitaux de l'Ontario ont isolé des souches de SARM PT 95. Le nombre d'hôpitaux touchés a cependant progressé de façon marquée, passant de 10 en 1995 à 31 en 1996. De plus, des isolats de SARM PT 95 ont été associés à des éclosions d'infection dans plusieurs établissements de soins prolongés au cours de cette période.

L'étude de la sensibilité aux antimicrobiens effectuée au Laboratoire central de santé publique a montré que les isolats de SARM PT 95 sont tous résistants à plusieurs agents antimicrobiens, dont l'érythromycine, la clindamycine et la

Tableau 1
Isolats de SARM soumis à une lysotypie par des établissements de santé en Ontario

Année	N^bre d'isolats de SARM (tous les types)	N^bre d'isolats de SARM (PT 95)	N^bre d'hôpitaux touchés par les infections SARM (PT 95)
1994	247	7	3
1995	354	69	10
1996	1 418	565	31

ciprofloxacine; la plupart des isolats affichent également une résistance à la gentamicine et au triméthoprime/sulfaméthoxazole (tableau 2). On n'a par contre observé aucune résistance à la vancomycine. Le typage moléculaire a révélé que la majorité des isolats de SARM PT 95 présentaient le même profil de fragments d'ADN à l'électrophorèse en champ pulsé (PFGE); certains ont cependant des profils légèrement différents, signe qu'il s'agit de sous-types du génotype prédominant[5]. Plusieurs caractères phénotypiques inhabituels ont été associés aux isolats de cette souche, notamment un résultat négatif à la recherche rapide de la coagulase sur lame, une réaction faible ou négative au test de détection de la coagulase en tube après 4 heures qui se positive après 24 heures, ainsi qu'une réaction faible ou négative au test visant à mettre en évidence l'ADN-ase[6].

Une souche épidémique de SARM PT 95 similaire à celle rencontrée récemment en Ontario est apparue il y a quelques années en Europe. Une souche de SARM multirésistante présentant un profil de fragments d'ADN correspondant à celui des souches

Tableau 2
Profils de résistance aux antimicrobiens des isolats de SARM PT 95 provenant d'établissements de santé en Ontario

Antimicrobien	SARM PT 95 (40 isolats)
Pénicilline	R (40)
Céphalothine	R (40)
Érythromycine	R (40)
Clindamycine	R (40)
Ciprofloxacine	R (40)
Gentamicine	R (32)
TMP/SMX*	R (32)
Tétracycline	S (40)
Vancomycine	S (40)

R = Résistant
S = Sensible
* = Triméthoprime/sulfaméthoxazole

de *S. aureus* de PT 95 s'est en effet propagée rapidement dans les établissements de santé de plusieurs régions de l'Allemagne depuis 1993[7,8]. Les profils à la PFGE des souches épidémiques isolées en Allemagne et en Ontario présentent certaines similitudes, ce qui semble indiquer qu'elles appartiennent au même groupe clonal de SARM PT 95. Des études antérieures ont révélé que les souches PT 95 ont un plus grand pouvoir de colonisation que les souches d'autres lysotypes; ce trait peut avoir grandement contribué à la propagation rapide de la souche épidémique dans les établissements de santé en Ontario[9,10].

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier H. Lo, S. Brown et L. Choi du Laboratoire central de santé publique.

Références

1. McGeer A, Low D, Conly J et coll. *The rapid emergence of a new strain of MRSA in Ontario: laboratory and infection control implications*. Laboratory Proficiency Testing Program Newsletter No. 190, October 29, 1996:1-4.
2. Preston M, Lo H, Borczyk A. *More on the recent emergence of a new strain of MRSA in Ontario*. Laboratory Proficiency Testing Program Newsletter No. 195, January 28, 1997:3.
3. Simor A, Offner-Agostini M, Paton S. *Le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales : résultats des 18 premiers mois de surveillance des infections à* ***Staphylococcus aureus*** *résistant à la méthicilline dans les hôpitaux canadiens*. RMTC 1997:23:41-5.
4. McGeer A, Low D, Conly J et coll. *Infection à* ***Staphylococcus aureus*** *résistant à la méthicilline en Ontario*. RMTC 1997:23:45-6.
5. Preston M, Borczyk A, Lo H et coll. *Emergence of methicillin-resistant* ***Staphylococcus aureus*** *strains of phage type 95 in Ontario, Canada*. Présenté à la Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, September 28-October 1, 1997, Toronto, ON. Résumé J-113.
6. Pieroni P, Burt J, Garcia M et coll. ***Staphylococcus aureus*** *(MRSA) isolates involved in an outbreak at a large tertiary care Canadian institution*. Présenté à la Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, September 28-October 1, 1997, Toronto, ON. Résumé J-72.
7. Witte, W, Cuny C, Halle E et coll. *Methicillin resistance in an epidemic* ***Staphylococcus aureus*** *strain with genomic fingerprints corresponding to those of a sensitive strain in the community*. Med Microbiol Lett 1994;3:388-95.
8. Witte W, Kresken M, Braulke C et coll. *Increasing incidence and widespread dissemination of methicillin-resistant* ***Staphylococcus aureus*** *(MRSA) in hospitals in central Europe, with special reference to German hospitals*. Clin Microbiol Infect 1997;3:414-22.
9. Rosdahl VT, Laursen H, Bentzon MW et coll. *Colonization priority among* ***Staphylococcus aureus*** *strains-correlation with phage-type*. J Hosp Infect 1988;12:151-62.
10. Schonheyder H, Jensen KT, Pers C et coll. *Spread of* ***Staphylococcus aureus*** *strains of phage-type 95 in Denmark 1968-1989*. J Hosp Infect 1992;20:25-34.

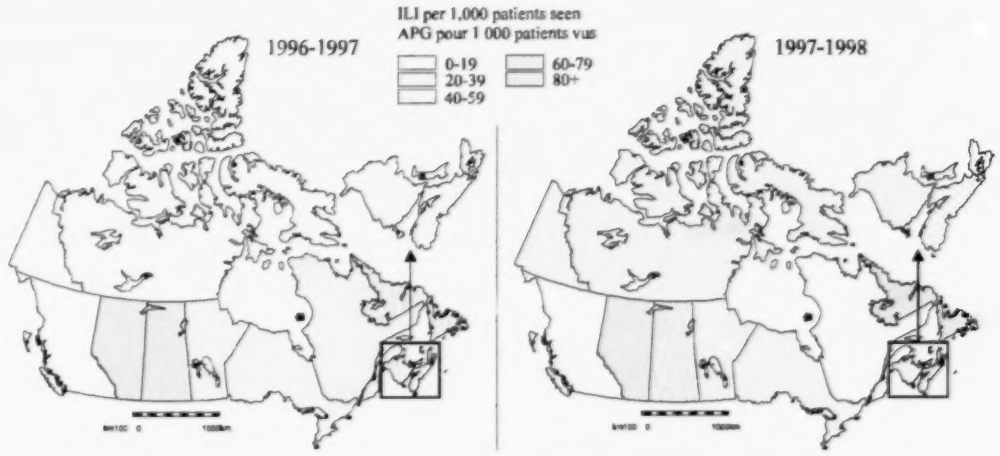
Source : *M Preston, PhD, A Borczyk, MSc, D^r F Jamieson, Département de bactériologie clinique et du milieu, Laboratoire central de santé publique, ministère de la Santé, Toronto (Ontario).*

SURVEILLANCE DES VIRUS RESPIRATOIRES
Projet *FluWatch*, 1997-1998

Cette mise à jour offre un compte rendu récapitulatif de l'activité grippale au 20 février 1998. *FluWatch* a recruté 208 médecins sentinelles qui représentent 139/288 (48 %) divisions de recensement au Canada. Le taux de réponse des médecins varie selon la province et d'une semaine à l'autre. Le taux de réponse moyen est de 57 % (42 % à 68 %). La figure 1 indique les taux cumulatifs normalisés d'affection pseudo-grippale (APG) par province pour l'actuelle saison de *FluWatch* et pour la précédente. Cette saison, les taux les plus élevés ont été enregistrés à Terre-Neuve et en Alberta. En 1997-1998, des hausses de taux d'APG ont été signalées à Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. Les taux normalisés d'APG déclarés au système *FluWatch* (figure 2) pendant la saison en cours ont suivi une courbe ascendante entre la 4^e^ et la 8^e^ semaine (soit les semaines se terminant le 23 janvier et le 20 février 1998, respectivement). À ce jour, c'est chez les enfants < 10 ans (119 cas pour 1 000 patients) que le taux le plus élevé a été enregistré.

Depuis septembre 1997, le programme *FluWatch* a reçu des rapports sur 18 715 épreuves de détection de la grippe, réalisées en laboratoire : 1 515 des cas confirmés ont été imputés au virus de type A, et sept, au virus de type B. La répartition, par province, des isolats de la grippe A dont le sous-type n'a pas été identifié est la

Figure 1
Taux normalisés d'APG déclarés au programme *FluWatch* pour l'ensemble du Canada, par province, du 1er octobre 1996 au 20 février 1997 et du 15 octobre 1997 au 20 février 1998

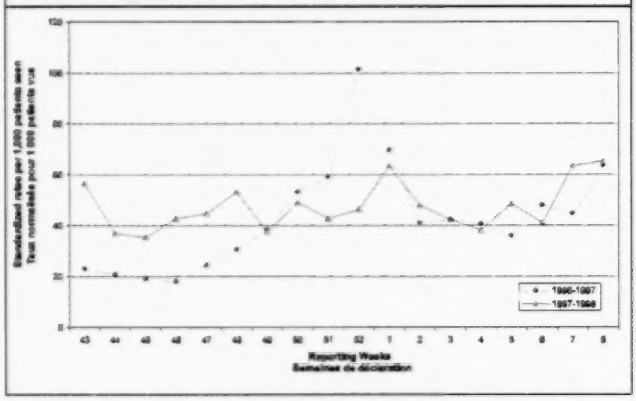


suivante : Nouvelle-Écosse (7); Nouveau-Brunswick (31); Québec (392); Ontario (748); Manitoba (47); Saskatchewan (17); Alberta (200). Le sous-type de 73 isolats du virus de type A a été identifié : 70 isolats appartenaient au sous-type H3N2 et trois, au sous-type H1N1. La répartition, par province, des cas de grippe A de sous-type H3N2 est la suivante : Saskatchewan (1); Alberta (2); Colombie-Britannique (67). Les trois cas de grippe A de sous-type H1N1 sont survenus au Québec. La répartition, par province, des sept isolats du virus de type B est la suivante : Québec (3) et Ontario (4).

Depuis novembre 1997, le Laboratoire national pour les maladies virales et les zoonoses, Laboratoire de lutte contre la maladie, a terminé ses travaux de caractérisation de souches portant sur 41 isolats de la grippe : 22 sont apparentés au sous-type A/Sydney/5/97 (H3N2); sept, au sous-type A/Texas/36/91 (H1N1) et 12, au sous-type A/Wuhan/359/95 (H3N2). Au 12 février, le laboratoire provincial de la Colombie-Britannique avait terminé ses travaux de caractérisation de huit isolats : sept sont analogues au sous-type A/Sydney/5/97. La répartition, par province, des 29 isolats caractérisés jusqu'ici, dont le sous-type serait analogue à A/Sydney, est la suivante : Colombie-Britannique (7); Manitoba (1); Ontario (13); Québec (7); Nouveau-Brunswick (1). Tous les isolats de la souche A/Texas provenaient de l'Ontario. La répartition des isolats apparentés à A/Wuhan est la suivante : Ontario (2); Québec (9); Nouvelle-Écosse (1). Le laboratoire provincial de santé publique du nord de l'Alberta, à Edmonton, et celui de Vancouver ont chacun identifié un isolat de virus apparenté à A/Nanchang/933/95 (H3N2). En résumé, 50 isolats de la grippe A ont été caractérisés : 29 (58 %) sont apparentés à A/Sydney/5/97 (H3N2), sept (14 %), à A/Texas/36/91 (H1N1), 12 (24 %), à A/Wuhan/359/95 (H3N2) et deux (4 %), à A/Nanchang/933/95 (H3N2).

La souche apparentée à A/Sydney/5/97, identifiée pour la première fois en Nouvelle-Zélande et en Australie en juin 1997, est une variante voisine de la souche apparentée à A/Wuhan/359/95, mais distincte de celle-ci sur le plan antigénique. La souche apparentée à A/Wuhan est antigéniquement semblable à la souche

Figure 2
Taux normalisés d'APG déclarés au programme *FluWatch* pour l'ensemble du Canada, par semaine, du 15 octobre 1996 au 20 février 1997 et au 15 octobre 1997 au 20 février 1998



apparentée à A/Nanchang/933/95, qui est incluse dans le vaccin antigrippal de 1997-1998. Comme l'efficacité du vaccin dépend en partie de la similarité des souches incluses dans le vaccin et des souches en circulation, la protection pourrait être sous-optimale chez les personnes infectées par les virus apparentés à A/Sydney. D'après les données de laboratoire, le vaccin antigrippal offert actuellement confère une certaine protection contre les virus apparentés à A/Sydney. La souche apparentée à A/Sydney a été isolée pour la première fois au Canada, chez deux passagers d'un paquebot de croisière reliant New-York à Montréal, en septembre 1997. Au cours de la saison grippale de 1997-1998, la souche apparentée à A/Sydney/5/97 a été isolée et caractérisée dans les centres collaborateurs de l'OMS des pays suivants : Argentine, Australie, Autriche, France, Hong Kong, Israël, Italie, Japon, République de Corée, Espagne, Suède, Royaume-Uni, États-Unis.

Au 18 février 1998, l'activité grippale continue de s'intensifier dans l'hémisphère nord. La grippe A a été le type prédominant, et

dans les pays où le virus de la grippe A a été isolé, c'est le sous-type H3N2 qui a été le plus souvent signalé, sauf dans la Fédération de Russie et au Royaume-Uni, où le sous-type H1N1 était le plus courant.

Au 20 février 1998, aucun nouveau cas de grippe de type A (H5N1) («grippe du poulet») n'a été déclaré à Hong-Kong. Le nombre total de cas confirmés s'élève à 18; tous concernent des résidents de la région administrative spéciale de Hong-Kong. Le dernier cas confirmé est survenu le 28 décembre 1997, et deux patients sont encore hospitalisés. Dix autres sont complètement rétablis et ont obtenu leur congé de l'hôpital. Six personnes sont décédées de la maladie.

On peut avoir accès aux rapports du programme *FluWatch* sur le site Web de *FluWatch*, à l'adresse suivante : **http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bid/dsd/fluwatch/index.html.** On peut aussi trouver des renseignements sur le site Web Actualités en bref pour maladies infectieuses, à : **http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bid/dsd/news/index.html**.

Source : *P Buck, DMV, MSc, S Herman, C Scott, B Winchester, BSc, MSc, P Zabchuk, P Sockett, PhD, chef, Division de la surveillance des maladies, Bureau des maladies infectieuses, M Vanderkloot, BA, Bureau de la surveillance et de l'épidémiologie d'intervention, LLCM, Ottawa (Ontario).*

Avis

Ceci est pour aviser nos lecteurs que les suppléments suivants publiés en conjonction avec le Relevé des maladies transmissibles au Canada pour 1997 sont encore disponibles :

- *Plan canadien d'intervention d'urgence en cas de fièvres hémorragiques virales et autres maladies connexes* – Volume 23S1, janvier 1997.
- *Un protocole intégré pour la prise en charge des travailleurs de la santé exposés à des pathogènes transmissibles par le sang* – Volume 23S2, mars 1997.
- *Guide de prévention des infections – La prévention des infections transmissibles par le sang dans les établissements de santé et les services publics* – Volume 23S3, mai 1997.
- *Rapport sur l'immunisation au Canada, 1996* – Volume 23S4, mai 1997.
- *Recommandations canadiennes pour la prévention et le traitement du paludisme (malaria) chez les voyageurs internationaux* – Volume 23S5, octobre 1997.
- *Compte rendu de la Réunion nationale de concertation sur les MTS et Objectifs nationaux en matière de prévention et de contrôle des maladies transmises sexuellement au Canada* – Volume 23S6, novembre 1997.
- *Le contrôle de la résistance aux antimicrobiens : Plan d'action intégré pour la population canadienne* – Volume 23S7, novembre 1997.
- *Guide de prévention des infections – La prévention des infections à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) au Canada; Soin des pieds à l'intention des dispensateurs des soins dans la collectivité; Prévention des infections liées aux dispositifs d'abord intravasculaire à demeure* – Volume 23S8, décembre 1997.
- *Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire (1995)* – Volume 23S9, décembre 1997.

Vous pouvez acheter ces suppléments individuellement en communiquant avec le **Centre des services aux membres, Association médicale canadienne, 1867 Promenade Alta Vista, Ottawa, Canada K1G 3Y6, tél. : (613) 731-8610, poste 2307, FAX : (613) 731-9102**.

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques :	D[r] John Spika	(613) 957-4243
	D[r] Fraser Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditique :	Joanne Regnier	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Centre des services aux membres	N[o] de téléphone :	(613) 731-8610, poste 2307
Association médicale canadienne	FAX :	(613) 731-9102
1867 Promenade Alta Vista		
Ottawa (Canada) K1G 3Y6		

Prix par année :
Abonnement de base : 80 $ (et frais connexes) au Canada; 105 $ US à l'étranger.
Abonnement préférentiel : 150 $ (et frais connexes) au Canada; 175 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé 1998

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc